LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale: Prophylaxie de la tuberculose par le Dr Bouloumié, 401. — **Revue de la presse** : Des causes d'obstruction nasale chez les enfants par M. le Dr Boulay, 406. — Un cas de cancer primitif de la luette, 406. — **Académie de médecine** : *Séance du 23 juin.* — Présidence de M. Hervieux, 406. — Fièvre typhoïde, 406, — De l'épaisseur des os du crâne, 407. — Radiographie, 407. — Vaccine, 407. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 12 juin.* — Présidence de M. d'Heilly, 407. — La diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895, 407. — Hémophilie précoce chez une petite fille, 407. — Contagion de la syphilis par un rasoir, 407. — Entérite muco-membranneuse avec production de sable intestinal, 408. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 13 juin* Présidence de M. Lavreit de Lacharrière, 408. — Rapport sur le travail de candidature de M. Bianchi (de Parme) au titre de membre correspondant étranger, 408. — Considérations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire, 412. — Les psychicones ou images de l'esprit, 412. — La tuberculose au Havre, 413. — **Société de chirurgie** : *Séance du 24 juin.* — Présidence de M. Ch. Monod, 413. — Cholédocotomie, 413. — Traitement des fractures de la jambe par l'extension continue, 413.— Cysticerque de l'œil gauche, 414. — Amputation du pied, 414. — Lésion abdominale. Coup de pied de cheval vers l'ombilic. Laparotomie. Mort, 414. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris** : *Séance du 13 mai.* — Présidence de M. de Pradel, 414. — **Société de médecine et de chirurgie pratiques** : *Séance du 18 juin.* — Présidence de M. Saint-Yves Ménard, 415. — A propos des revaccinations, 415. — Les désinfecteurs infecteurs, 415. — Un cas de maladie de Werlhoff. Influence heureuse de l'alcool. Guérison en 3 semaines, 415. — **Memento pratique** : Le buis en thérapeutique, 415. — **Nouvelles**, 416

CLINIQUE MEDICALE

Prophylaxie de la Tuberculose.

Par le Dr P. Bouloumié. (de Vittel).

(Suite et fin) (1)

Contagion dans les usines. — *Cas de Napias* (Inédit). « M. X... grand industriel (Fonderie, travail du fer) voyait depuis quelques années un nombre assez élevé de ses ouvriers obligés de cesser leur travail par suite de tuberculose pulmonaire. Plusieurs étaient morts. M. X... très préoccupé de la santé de son personnel, me demanda mon avis, sur le conseil de M. Périné, à propos de cette petite épidémie locale.

« L'enquête médicale et professionnelle que je fis dans ses ateliers me conduisit à penser que la contagion provenait des poussières que les ouvriers respiraient le matin pendant le balayage des ateliers qui avait lieu, non avant le travail, mais pendant le travail même ; il était possible en effet que les crachats de la veille, désséchés sur les planchers, fussent entraînés par le balayage, mêlés à la poussière et finalement respirés par des ouvriers qui, prédisposés par le siderosis résultant des poussières développées pendant le travail (limage, ajustage, ébarbage, etc.), devenaient ainsi tuberculeux.

« Si cette hypothèse était exacte, il suffirait de remplacer le nettoyage à sec par le lavage, ou plutôt l'essuyage au torchon mouillé, pour arrêter les progrès du mal. Il fut ainsi ordonné et l'épidémie de tuberculose disparut rapidement.

« Ce sont des faits de ce genre qui ont conduit le comité consultatif d'hygiène, sur mon rapport (qui est devenu le décret du 10 mars 1894), à demander le nettoyage par voie humide du sol des ateliers, avant l'arrivée des ouvriers. »

Cas de Catuffe (Inédit). Ce cas, bien que manquant de détails, est intéressant en ce qu'il vient à l'appui du précédent et en ce qu'il montre que trop souvent, les patrons n'ayant pas pour la santé de leurs ouvriers la sollicitude de M. X..., il n'est tenu aucun compte des avertissements et des prescriptions hygiéniques des médecins.

« Dans une usine des environs de Paris j'ai constaté nombre de tuberculeuses parmi les ouvrières ; il m'en est passé 8 entre les mains en un an. Le médecin de l'usine, prévenu par moi de ces cas nombreux, m'a dit qu'en effet malgré ses recommandations les ateliers étaient laissés dans cette usine dans un état de saleté repoussante. Un détail pourra du reste en donner l'idée ; le propriétaire de cette usine étant mort, son successeur a employé tout son personnel au nettoyage seulement pendant 5 jours pleins. »

Contamination dans les écoles. — Comme exemple de *contamination dans les écoles*, nous citerons le fait suivant rapporté par le Dr Lardier (de Rambervillers), (inédit).

Un instituteur tuberculeux reste pendant près de deux ans en fonctions dans une école de chef-lieu d'arrondissement, malgré la phtisie dont il est manifestement atteint. Deux de ses adjoints meurent de

(1) Voir *France Médicale*, n° 24, page 369.

granulie aiguë. Trois élèves de sa classe présentent des symptômes caractéristiques de tuberculose pulmonaire. La population du quartier s'émeut et s'insurge ; l'instituteur est déplacé et envoyé dans la petite commune rurale de F... ; les habitants s'insurgent à leur tour et le malheureux instituteur est envoyé dans la commune de O... Là les mêmes protestations s'élèvent et finalement l'instituteur est mis à la retraite.

Des exemples nombreux de *contagion dans les fermes* et *dans les villages* ont été cités notamment par Aug. Ollivier (1) et par G. d'Hôtel.

L'observation 4 de G. D'Hotel (2) est particulièrement intéressante :

« Famille R..., père et mère très forts, morts dans les 80 ans, pas rhumatisants, 9 enfants.

Les événements suivants se passent dans la même maison. :

1er malade. — Mlle X..., 25 ans, très forte et sans avoir eu de maladie antérieure, pas plus que ses frères et sœurs dont l'observation suit (sauf fièvre typhoïde épidémique) tombe malade et meurt en 18 mois.

2e malade. — M..., garçon, 23 ans, tombe malade quelques mois après sa sœur et meurt 6 mois après elle.

3e malade. — J.-H., 40 ans, garçon, se marie au cours de la maladie des 2 premiers, n'a jamais joui d'une bonne santé, meurt 2 ans après J.-P. (ci-dessous) après 18 mois de phtisie.

4e malade. — J.-P. garçon, 45 ans, tousse pendant quelques années puis, 7 ans après M... devient phtisique et meurt en 2 1/2.

5e malade. — Le mari d'une des sœurs (G. T.) qui habitait la même maison depuis 1 an, tombe malade et meurt en 18 mois (il a été en contact avec les 4 premiers malades. Sa femme et sa fille vont habiter ailleurs et se portent bien).

6e malade. — O. T., 43 ans, 2 ans 1/2 après la mort du 4e malade, tombe malade lui-même, traîne 3 ans et meurt.

7e malade. — M. T. C... a fait de la phtisie lente souffrante depuis peu de temps après le 6e malade, hémoptysique depuis cette époque, dure 10 ans et meurt.

8e malade. — Une sœur morte de cancer.

9e (non malade). — A actuellement 60 ans, santé robuste, a quitté la maison paternelle avant le 1er cas de phtisie dans la maison.

10e malade. — Une jeune fille de 23 ans, qui vient en couture, habite 2 ans la maison, vivant en commun avec le n° 7 de la série, devient phtisique et meurt en 6 mois (c'était antérieurement une for fille, son père et sa mère vivent; elle a 5 sœurs tr robustes.

M. D'Hotel rapporte un certain nombre d'autr observations où l'on voit comme ci-dessus :

Des étrangers venant habiter la maison contam née et devenant phtisiques tandis que les membr de la famille qui n'habitent pas la maison ne le d viennent pas.

Le fait suivant emprunté à la thèse de Vialett (Montpellier 1866), témoigne aussi de la contagi tuberculeuse dans les mêmes circonstances.

Il est intéressant à rappeler en raison de l'époq à laquelle il a été observé, époque correspondant celle où Villemin travaillait à établir la virulence la transmissibilité de la tuberculose :

Jean A... né de parents phtisiques a eu à l'âge de puberté, une petite hémoptysie. Il est manifesteme tuberculeux : il se marie néanmoins à 25 ans av Antoinette B..., née de parents très sains.

A... meurt peu après.

Un enfant né du mariage meurt à 14 mois de m ningite tuberculeuse.

Antoinette épouse en 2e noces, Pierre R... âgé 32 ans (né de parents sains), 2 ans après le maria Antoinette est atteinte et meurt ; au cours de sa m ladie Pierre R... commence à tousser et cracher meurt en 2 ans.

Dans les dix derniers mois de sa maladie Ant nette avait appelé près d'elle une nièce Marguer M..., très robuste (née de parents très sains) q avait 2 sœurs très bien portantes. Marguerite ét mariée a un homme extraordinairement robu Joseph B... Ils avaient eu 5 enfants.

Elle prodigua les soins les plus assidus à sa ta pendant les 6 derniers mois de sa maladie surtou peu après les premiers symptômes de la phtisie déclarent chez elle et elle meurt en 2 ans et 9 m après, son mari, Joseph B... devient phtisique meurt après quelques mois seulement de maladie.

CONTAGION DE MAISON A MAISON. — *Cas de Nap* (Inédit). « Dans un grande rue très fréquentée Paris trois boutiquiers occupent des boutiques co tiguës : *A*, *B*, *C*.

En A, il y a 5 personnes. Le père, la mère, 2 g çons étudiants en médecine, un commis.

En B, le patron 30 ans, la patronne 25 ans, tr demoiselles de magasins, plusieurs ouvriers occu dans le sous-sol.

En C, le patron, la patronne, un garçon de 14 a une fille de 12 ans, une fille de 6 ans.

Un des étudiants en médecine de la maison A vient phtisique. Un peu après la patronne de la m son B le devient à son tour ; et successivement s atteintes les trois demoiselles de magasin : 2 s combent à la phtisie galopante, la 3e paraît gué

(1) *Loc. cit.*

(2) Congrès de la tuberculose, 3e session, 95.

elle est aujourd'hui mariée et mère de famille). Le second fils de la maison A (interne des hôpitaux) est pris à son tour et meurt; enfin dans la maison C les deux filles succombent successivement; la mère meurt à son tour mais, s'il est vraisemblable qu'elle ait eu un commencement de phtisie, elle a succombé à une affection intercurrente.

En somme en moins de 2 ans la boutique A a eu 2 morts par phtisie, la boutique B 3 morts, la boutique C 3 morts.

Depuis on a constaté une tuberculisation testiculaire chez le patron de la boutique A et 2 tuberculoses chezdes ouvriers du sous-sol de la boutique B, mais ils ont quitté la maison et j'ignore ce qu'ils sont devenus.

Je ne veux dire ici ni la rue ni la profession des trois boutiquiers. Vous les connaissez personnellement, mon cher Bouloumié, et certains de ces faits vous sont connus déjà.

Voilà 8 morts de tuberculose dans un tout petit coin, chez des gens qui fréquentaient les uns chez les autres, qui causaient sur le seuil de la boutique le matin quand on battait les paillassons et les tapis et qu'on balayait à grande poussière.

Il est bien difficile de ne pas trouver là un exemple de contagion par un bacille très virulent. »

CONTAGION DANS LES LABORATOIRES. — Aux faits d'ordre clinique nous pouvons ajouter un fait, tenant de l'ordre expérimental autant que de l'ordre clinique, de contagion dans les laboratoires (Communiqué par Abadie).

En 1885, le Dr T... étudiant la transmission de la tuberculose par les crachats, soumet des cobayes puis des lapins à des pulvérisations de crachats tuberculeux émulsionnés dans de l'eau, les premiers meurent en 12 et 14 jours, les seconds en 3 semaines, mais hélas! lui-même qui vit dans cette atmosphère, y travaillant activement, meurt aussi, ainsi que ses deux aides, dans les 6 mois qui suivent leurs recherches expérimentales.

TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE DE L'HOMME AUX ANIMAUX ET DES ANIMAUX A L'HOMME. — Dans une de ses remarquables conférences sur la tuberculose du bétail et sa prophylaxie M. E. Nocard (d'Alfort) cite des faits particulièrement intéressants de transmission de la tuberculose de l'homme aux animaux et des animaux à l'homme qu'il faut aussi rappeler.

Transmission de la tuberculose de l'homme aux animaux. — « Une étable modèle, parfaitement tenue, est, jusqu'en 1883, absolument indemne de tuberculose.

« A cette époque, un nouveau vacher, manifestement tuberculeux, est préposé aux soins des animaux.

« En 1886, deux vaches sont reconnues atteintes de tuberculose, l'une d'elles à tel point que la viande dut être refusée; depuis, plusieurs autres vaches se mettant à tousser furent livrées prématurément au boucher.

« En 1892, on se décide à se servir de la tuberculine comme moyen de diagnostic : sur 20 vaches, 7 furent reconnues tuberculeuses et sacrifiées; l'autopsie confirma entièrement le diagnostic. Depuis un an déjà, le vacher, devenu complètement phtisique, avait dû être remplacé; mais pendant 8 ans, il avait séjourné dans l'étable, couchant au-dessus de deux vaches reconnues malades les premières, toussant, crachant, vomissant le sang presque continuellement; il est à peu près certain que c'est lui qui a infecté l'étable. »

Transmission de la tuberculose des animaux à l'homme. — « Un de mes anciens élèves, établi en Beauce, dit M. Nocard, a fait sur ce point de curieuses observations; sur 31 propriétaires, ses clients, dont les étables sont infectées depuis plusieurs années, 19 ont vu la tuberculose frapper successivement un ou plusieurs (jusqu'à 4) membres de leur famille. Si l'on songe que, dans les villages beaucerons, on a l'habitude de passer les soirées d'hiver dans l'étable, pour économiser le combustible, on se demande si ce n'est pas dans l'étable que les gens ont pris le germe de leur mal. »

Que conclure de tous ces faits, si ce n'est qu'à côté de causes très manifestement prédisposantes auxquelles il faut faire une très large part dans la genèse de la tuberculose et par suite dans l'étude et l'application des moyens prophylactiques et thérapeutiques, il y a une cause spécifique, capitale, nécessaire, la contagion par le bacille. Comment, quand on lit le détail des observations et qu'on le rapproche des constatations expérimentales faites sur la transmission par les crachats, ne pas se dire, quelles que soient les idées qu'on puisse avoir sur l'influence de l'hérédité et des causes prédisposantes : Ces crachats si riches en bacilles spécifiques que nous savons depuis longtemps déjà être les agents presque exclusifs de la transmission de la tuberculose, doivent être isolés et détruits au lieu d'être laissés libres de se répandre partout à l'état de poussières et de voltiger ainsi dans l'air pour envahir l'organisme de tous les habitants des agglomérations humaines, familiales, ouvrières, administratives, agricoles ou urbaines.

Or, jusqu'à présent qu'a-t-on fait?

L'initiative privée a fondé des établissements pour le traitement des tuberculeux, l'administration de l'Assistance publique a des sanatoria marins pour les enfants, mais elle n'a pas encore de sanatoria pour ses phtisiques, qu'elle laisse contaminer en toute liberté toutes ses salles ou peu s'en faut et contagionner de nombreux malades (1).

(1) L'Assistance publique cependant s'occupe en ce moment d'étudier la question de la prophylaxie de la tuberculose dans les hôpitaux et le Dr Séailles réclame des mesures sanitaires spéciales en faveur des tuberculeux inscrits aux bureaux de bienfaisance et soignés à domicile.

Certainement il est intéressant de soigner les enfants tuberculeux, de lutter contre la tuberculose sous quelque forme qu'elle se présente, de prolonger la vie des phtisiques, de chercher des moyens de guérison de la tuberculose et de la phtisie, mais n'est-il pas plus utile encore de restreindre autant que possible la dissémination des bacilles qui portent partout avec eux la maladie et chercher à étouffer celle-ci dans l'individu qui en est atteint. ?

On le peut puisqu'on sait d'une part quel est l'agent de transmission, comment il est éliminé et comment on peut l'empêcher de nuire jusqu'au moment où il sera détruit, et que d'autre part on possède des moyens de désinfection capables de détruire les bacilles qui malgré les précautions individuelles prises auraient pu souiller les vêtements et les meubles, se répandre dans l'atmosphère pour se déposer ensuite avec d'autres poussières sur le sol et les parois des habitations.

Les moyens à employer dans cette lutte contre la propagation de la tuberculose sont de deux ordres : des mesures sanitaires et des précautions individuelles et familiales.

Il n'est pris, à vrai dire, jusqu'à présent de mesures sanitaires que dans l'armée où la tuberculose cause avec la fièvre typhoïde environ la moitié des décès ou des pertes.

Les pertes par tuberculose (décès et réformes compris) ont été de 1879 à 1890.

Dans l'armée française de 3,2 0/00 d'effectif.
— anglaise — 3,5 —
— allemande — 2,8 —

Depuis 1890 la mortalité est réduite dans l'armée française à 2,25, mais les pertes se sont élevées à 3,4 et 50/00 en raison du nombre toujours croissant de réformes prononcées dès la constatation des signes certains de la tuberculose et spécialement du bacille.

En Allemagne, pour mieux prévenir le développement des tuberculoses latentes si fréquent dans les armées et la contagion bacillaire, on n'attend pas l'apparition des bacilles ou des signes certains. Depuis 1889 on se conforme a un arrêté ministériel qui dit : « Chaque mois la poitrine de chaque soldat doit être minutieusement examinée. Si le thorax n'a pas la mesure voulue et s'il est reconnu que les exercices gymnastiques ne le développent pas, le soldat sera considéré comme prédisposé à la phtisie et renvoyé de suite dans sa famille ».

C'est là évidemment une excellente mesure au point de vue de l'hygiène.

Dans les administrations, dans les ateliers, dans les usines il n'est pris aucune mesure capable de protéger l'entourage des tuberculeux ; aussi dans ces milieux voit-on la tuberculose faire de grands ravages. Et pourtant ne serait-il pas logique, alors qu'on se montre si sévère pour les industriels en ce qui concerne les accidents du travail, les intoxications professionnelles, etc. ; de leur demander de prendre ou d'exiger d'eux des mesures propres à empêcher la propagation de la tuberculose qui fait dans les centres industriels incomparablement plus de victimes que les accidents et les intoxications?

Quelles mesures, dira-t-on ?

Quelques mesures bien simples, peu nombreuses, peu gênantes, peu coûteuses, que l'administration devrait d'abord, pour donner le bon exemple, appliquer à son personnel et à ses locaux.

Pour le personnel :

Visites sanitaires régulières, au point de vue spécial de la tuberculose, surveillance spéciale des individus suspects et éloignement de certains services communs des tuberculeux avérés. Mise à la retraite en temps utile des agents devenus dangereux.

Obligation de l'emploi des crachoirs garnis de liquide antiseptique, crachoir fixe, collectif ou crachoir portatif, individuel suivant les cas.

Isolement des tuberculeux pauvres dans des hôpitaux spéciaux situés en pleine campagne comme de véritables sanatoria et mesures spéciales pour les tuberculeux pauvres soignés dans leur famille.

Pour le matériel :

Désinfection systématique fréquente des bureaux et des appareils s'il y a lieu,

Désinfection systématique des locaux divers à usage d'habitation ou autre occupés par des tuberculeux crachant.

Création d'établissements hospitaliers spéciaux pour les tuberculeux et phtisiques.

Au point de vue spécial de la prophylaxie à Paris on a fait afficher la mention suivante dans les omnibus : « Il est interdit de cracher sur le parquet » (avis de la préfecture de police, du 10 juillet 1893).

On a procédé à la désinfection des locaux et parfois du mobilier après décès de phtisiques, quand la famille ou l'entourage l'a demandé:

On a installé quelques crachoirs, d'un modèle encore très médiocre, dans les hôpitaux et dans quelques écoles.

Rien de plus. Ce n'est vraiment pas assez, on en conviendra aisément. L'administration serait mieux inspirée, 1° si elle appliquait les mesures ci-dessus aux catégories si nombreuses de personnel sur lesquelles elle a autorité : employés des diverses administrations, corps enseignant, personnel hospitalier, personnel féminin soumis à la visite pour d'autres raisons.

2° si elle exigeait que tout membre de son personnel, toussant et crachant, ne crachât que dans un crachoir et même si elle mettait à la retraite ceux qui sont manifestement devenus dangereux pour leur entourage comme l'instituteur dont nous avons rapporté l'histoire.

3° Si elle faisait désinfecter tous les locaux antérieurement occupés par des phtisiques.

4° Si elle faisait désinfecter systématiquement les salles de consultations des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance.

5° Si elle ne permettait pas que les préaux d'école, à Paris du moins, fussent loués le soir pour des réunions publiques, en cours desquelles ils sont souillés de toutes façons et surtout par des expectorations suspectes, alors que le matin, dès 8 heures, sans qu'aucune précaution soit prise, il doivent être réoccupés par les enfants.

6° Si elle exigeait que partout le balayage soit fait avec les précautions voulues, sans soulever de poussières, le soir, après la sortie des employés, au lieu d'être fait le matin au moment de leur arrivée.

Ces mesures prophylactiques d'ordre général, combinées avec les mesures prises déjà pour éviter la contamination par les viandes tuberculeuses, auraient certainement d'heureux résultats, qui deviendraient éclatants si l'habitude pouvait se généraliser de cracher non au hasard, sur le sol de la chambre, du bureau ou de l'atelier, on même dans un mouchoir, mais dans des crachoirs antiseptiques désinfectés, vidés et lavés tous les jours.

Votre commission vous propose en conséquence de voter les résolutions suivantes :

1° La tuberculose étant reconnue une maladie virulente, microbienne, contagieuse et dans une large mesure évitable, qui fait de jour en jour plus de victimes et tue actuellement 1/7e environ de la population, il y a lieu de prendre contre elle des mesures préventives énergiques;

2° La contagion de la tuberculose par les crachats étant expérimentalement démontrée et cliniquement constatée, il faut absolument empêcher la dessication et la dissémination des crachats et assurer leur destruction;

3° Tout produit d'expectoration étant suspect,(1) doit être représenté aux malades et à leur entourage comme un excrément malpropre et dangereux quelle que soit la maladie qui provoque l'expectoration; en conséquence tout malade qui tousse et crache doit être invité par son médecin à ne cracher jamais que dans un crachoir, fixe ou portatif suivant les circonstances, (on évitera d'ailleurs ainsi d'effrayer les tuberculeux ou de les signaler à l'attention du public);

4° Les poussières contenant les bacilles provenant des crachats tuberculeux desséchés étant la principale source de contagion, il faut toujours recommander de faire un balayage et un nettoyage humides, et de ne jamais balayer à sec ou épousseter un bureau, balayer un atelier ou tout autre local, immédiatement avant l'entrée des employés ou des ouvriers. Ces locaux doivent toujours, au contraire, être balayés après la sortie de ceux-ci afin de donner aux poussières et aux germes qu'elles renferment le temps de se déposer avant leur rentrée.

5° L'administration doit être invitée à appliquer à tout le personnel sur lequel elle a autorité et à tous les locaux et objets matériels à son usage les mesures de prophylaxie et de désinfection reconnues nécessaires.

6° Elle doit être invitée sinon à rendre obligatoire au moins à encourager la déclaration des décès par tuberculose afin que les locaux, les meubles et les vêtements contaminés soient désinfectés.

7° Elle doit être invitée à créer des établissements hospitaliers spéciaux pour les tuberculeux ;

8° Elle doit être invitée à veiller à ce qu'il soit interdit aux membres quels qu'ils soient de son personnel qui toussent et crachent, quelle que soit la cause de la toux et la nature de l'expectoration, de cracher ailleurs que dans un crachoir fixe ou portatif, suivant les circonstances ;

9° Des crachoirs garnis de liquide, de préférence antiseptique, doivent être installés dans tous les locaux ouverts au public dans tous les locaux administratifs spécialement et l'interdiction d'y cracher sur le sol ou les parois doit y être inscrite et doit être sanctionnée par une pénalité. Il doit être interdit également de cracher dans les véhicules servant au transport du public.

Votre commission vous propose en second lieu pour hâter la mise en pratique des résolutions ci-dessus :

1° *En ce qui concerne les mesures administratives*, de demander à toutes les Sociétés médicales françaises de joindre leurs efforts à ceux de la Ligue préventive contre la tuberculose, de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle et de la Société de médecine de Paris pour décider, conformément d'ailleurs à l'avis du comité consultatif d'hygiène de France, l'adoption soit des mesures proposées, soit de telles autres qu'elles jugeraient nécessaires et pousser activement à leur mise en pratique dans la France entière.

2° *En ce qui concerne l'adoption du crachoir* dans les familles par les individus atteints de maladies à expectorations quelles qu'elles soient, d'inviter le bureau de ces sociétés à étudier la question au point de vue pratique et de prier tous les membres de celles-ci d'user de tous leurs moyens de persuasion pour faire substituer l'habitude de cracher dans un crachoir à l'habitude de cracher n'importe

(1) Un très grand nombre de microbes pathogènes, streptocoques, pneumocoques, bacilles de Lœffler, staphilocoques, coli-bacilles, s'arrêtent et vivent dans le larynx, les recherches de Roux, de Martin, de Lemoine, de Widal et Besançon et bien d'autres en témoignent.

Dieulafoy a récemment démontré par des faits cliniques contrôlés par l'examen bactériologique que l'angine diphtérique se dissimule souvent sous les dehors d'angines banales, herpétiques spécialement.

où et particulièrement sur le sol des chambres et dans les mouchoirs et pour faire adopter l'usage du crachoir de poche.

Les adhésions à la campagne entreprise par la Société de médecine de Paris pourraient avoir telle forme que chaque Société préférerait lui donner.

Elles pourraient utilement contenir de nouveaux arguments inédits.

Elles seraient adressées le plus tôt possible au secrétaire général et dès qu'elles seraient réunies, elles seraient remises aux ministres compétents par une délégation des Sociétés avec un mémoire les résumant, les commentant et en faisant saillir toute la portée.

En vue de favoriser l'adoption par les malades du crachoir de poche, la Société de médecine de Paris, estimant qu'aucun des crachoirs en usage ne répond à tous les *desiderata*, a voté la somme nécessaire pour ouvrir un concours auquel prendraient part au même titre les médecins, les ingénieurs et industriels et dont les prix seraient représentés par des médailles.

La Société de médecine de Paris prie en conséquence les Sociétés de médecine de France de faire connaître l'existence et les conditions de ce concours en publiant son programme ci-joint dans leurs annales ou les journaux médicaux de la région.

REVUE DE LA PRESSE

Des causes d'obstruction nasale chez les enfants, par M. le Dr Boulay. (*Revue des mal. de l'enfance*, mars et avril 1896). — L'obstruction nasale, dont la fréquence est si grande chez les enfants, reconnaît comme cause, dans la grande majorité des cas, la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal, mais on aurait tort de considérer ces végétations comme une cause unique d'obstruction, et il n'est pas rare de la voir persister après l'ablation de ces végétaux.

C'est qu'en effet les causes d'obstruction nasale chez les enfants sont multiples et souvent complexes. Aussi le Dr Boulay a-t-il raison de dire qu'il est nécessaire d'examiner et d'explorer les fosses nasales des enfants avec le même soin qu'on le fait pour les adultes, sans se contenter de la simple inspection des narines et du toucher rhéno-pharyngien.

Chargé dans le service du Prof Lannelongue d'une consultation hebdomadaire pour les maladies des oreilles, du nez, et du larynx, le Dr Boulay a pu examiner un grand nombre d'enfants. C'est le résultat de ces observations qu'il publie dans son intéressant mémoire.

Si on laisse de côté les végétations adénoïdes et les polypes naso-pharyngiens, on voit que l'obstruction des fosses nasales peut tenir à un grand nombre causes.

Le catarrhe hypertrophique de la muqueuse nasa les corps étrangers, les malformations de la cloiso la périchondrite traumatique de la cloison, les synéch intranasales, les polypes muqueux et fibro-muqueu la rhinite caséeuse, telles sont les principales caus relevées par l'auteur. Plusieurs d'entre elles peuve se trouver réunies sur le même sujet.

C. Deschamps

Un cas de cancer primitif de la luette. — W. Zurakowski, *Kronika Lek*, n° 2. — Il s'agit d'un homme de 73 ans qui éprouvait depuis quelques m de la gêne et de la douleur pendant la déglutiti A l'examen la luette paraît hypertrophiée au po d'atteindre le double du volume normal; sa mo gauche offre une ulcération flottante, granuleuse, envahit le bord gauche du voile du palais; les bo de l'ulcération sont égaux, tranchants et granule le fond en est plat et lisse; elle est dure com d'ailleurs, la luette entière. L'examen même prolo n'amène pas de saignement. Dans la région so maxillaire, induration ganglionnaire de moye grosseur et peu douloureuse.

L'auteur diagnostique : épithéliôme primitif d luette et du voile. A l'aide de ciseaux on excis luette, une partie du voile et du pilier gauche. L'e men microscopique des pièces confirma pleinem le diagnostic. La plaie guérit rapidement et le ma quitta l'hôpital le quatrième jour.

Le Dr Zurakowski fait remarquer que les cas d genre sont rares et qu'il n'en connaît que deux : celui de Molmstem qui a observé et opéré un adén rongeant primitif de la luette chez un homme d ans; 2) le cas de Baginski et de Katzenstein con nant un carcinôme (épithéliôme) primitif chez homme de 69 ans.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin. — Présidence de M. Hervieu

La correspondance comprend : 1° une lettre du mi de l'intérieur, informant l'Académie qu'il a décidé de m cette année à sa disposition une somme de deux francs destinée aux auteurs des meilleurs mémoires mortalité des enfants du premier âge et à la publicati rapport de la Commission permanente de l'hygièn l'enfance; 2° un mémoire de M. le Dr Thibaudet, de tillon-sur-Chalaronne (Ain), sur l'inoculation tuberc accidentelle chez les garde-malades d'un phthisique

Fièvre typhoïde. — M. Henrot (de Reims) adress note sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi s escadrons de cavalerie en manœuvre aux environ Reims. L'analyse chimique et bactériologique des eaux

sommées pendant les manœuvres a démontré leur innocuité, mais tandis que, dans les champs qui appartiennent à la commune de Reims, l'épandage ne se fait que lorsque la terre a été labourée, et qu'il est suivi d'un hersage, ces précautions n'avaient pas été prises sur le territoire où les troupes manœuvraient. La chaleur exceptionnelle avait desséché les matières qui formaient un dépôt à la surface du sol. C'est ce dépôt qui a été broyé par les pieds des chevaux, répandu dans l'atmosphère et a contaminé les soldats par la respiration.

De l'épaisseur des os du crâne. — M. LAGNEAU, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Péan, rappelle que l'épaisseur du crâne paraît différer d'après les races. Hérodote avait déjà remarqué sur un champ de bataille, il y a 2200 ans, que les crânes des Perses étaient beaucoup plus minces que ceux des Egyptiens. A propos d'un crâne de tumulus, Broca a fait remarquer que dans les temps préhistoriques on trouvait plus de crânes épais que maintenant. Suivant M. Zanski, les crânes étrusques seraient minces et délicats. La vieillesse diminue parfois l'épaisseur du crâne, il y a atrophie sénile. La plupart des exostoses intra et extra crâniennes se montrent chez des syphilitiques ; cependant des hyperostoses générales, des exostoses moins étendues ne paraissent nullement syphilitiques.

Radiographie. — M. PÉAN présente à l'Académie les radiographies de plusieurs malades atteints, le premier d'ostéomyélite du doigt et du premier métacarpien, le second d'un doigt à ressort, le troisième d'une fracture de l'avant-bras, le quatrième d'une fracture comminutive de la jambe. Il présente, d'autre part, trois radiographies qui lui ont permis de reconnaître ce qui s'est passé dans les os qui ont été restaurés soit avec du mastic, soit avec des fragments d'os de mouton décalcifiés, soit par la prothèse. Ces malades avaient l'un une ostéite raréfiante de quatrième et cinquième métatarsiens, l'autre une ostéomyélite du tibia; chez un dernier, M. Péan a fait une restauration de la moitié supérieure de l'humérus par prothèse.

Vaccine. — M. HERVIEUX lit son rapport annuel sur l'exercice de la vaccine.

A 4 heures 20 minutes la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juin. — Présidence de M. d'HEILLY

La diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1895. — M. SEVESTRE présente la statistique du service de la diphtérie à l'Hôpital des Enfants-malades pendant l'année 1895. Tous les enfants, à de très rares exceptions près, ont reçu à leur entrée une injection de 20 cc. de serum de Roux, qu'il a été la plupart du temps inutile de répéter. La mortalité générale, qui était de 55,88 0/0 en 1890, 52 0/0 en 1891, 47 0/0 en 1892, 48 0/0 en 1893, 21 0/0 en 1894, année où l'on a commencé à appliquer la méthode sérothérapique, a tombé, en 1895, à 13,85 0/0. Encore faudrait-il déduire 158 décès d'enfants apportés mourants, et 71 morts dans les 24 heures. Le taux de la mortalité s'abaisserait alors à 8,13 0/0.

Dans les cas de diphtérie confirmée, la mortalité globale a été de 15.14 0/0 et la mortalité réduite, de 9,35 0/0.

La mortalité a été exactement le double dans les diphtéries associées que dans les diphtéries pures. Le serum de Marmoreck n'a pas donné de résultats appréciables dans les cas de complications streptococciques.

M. D'HEILLY. Il serait intéressant de savoir comment se comportent les paralysies diphtériques de la méthode sérothérapique.

M. SEVESTRE. Autrefois on ne suivait pas les malades à la sortie de l'hôpital et aucune statistique n'a été établie à cet égard; je suis cependant porté à croire que les paralysies diphtériques sont maintenant plus précoces mais moins intenses. Elles n'intéressent plus que le voile du palais et passent même souvent inaperçues.

Hémophilie précoce chez une petite fille. — M. COMBY. L'hémophilie, rare dans notre pays, est surtout l'apanage des races germaniques et des climats froids. Cependant, de temps à autre, on peut en observer quelques exemples en France, et M. Chauffard en a présenté un cas, sans antécédents héréditaires, chez une femme qui avait en même temps des télangiectasies cutanées et muqueuses par lesquelles sortait le sang.

J'ai observé une fillette de onze mois qui, depuis les premières semaines de sa vie, perd du sang par les fosses nasales, par l'anus et par les moindres égratignures de la peau ou des muqueuses accessibles. Ces jours-ci, l'hémorragie venait de la langue; actuellement le pavillon de l'oreille droite présente un caillot de sang, vestige d'une hémorragie récente. Enfin on voit, disséminées sur différents points du corps et principalement dans le sens de l'extension des membres, des macules arrondies, assez larges, violacées, verdâtres, jaunes, véritables ecchymoses dermiques analogues à celles de l'érythème noueux. Ces ecchymoses se reproduisent sans cesse, quoique l'enfant ne soit exposée à aucune contusion

En dehors de ces hémorrhagies, l'enfant se porte bien, elle est vive et alerte, elle se tient debout, elle marche. Sa mère, qui lui donne le sein, est brune et sans tare hémophilique. Le père, brun également, n'a pas eu d'hémorrhagies externes, mais il a éprouvé des accidents cérébraux (aphasie), quoiqu'il n'ait que trente et un ans. Son frère est mort à vingt et un ans d'épistaxis incoercible. Toute la famille est originaire de Clermont-Ferrand.

L'enfant a avalé, il y a deux mois, une épingle de nourrice qui est parvenue à l'anus après un trajet de quatre-vingt-huit heures, et qui n'a pas provoqué d'hémorrhagie.

L'hémophilie est rare chez les filles (1 fille pour 10 ou 11 garçons), quoiqu'elle soit transmise par les femmes aussi bien que par les hommes à leur descendance. Le pronostic doit être réservé ; les hémophiles ont généralement une vie courte, étant exposés à mourir d'hémorrhagies soudaines. D'autre part la maladie se transmet héréditairement avec une déplorable facilité, de sorte qu'il ne faut qu'un hémophile pour engendrer des familles et des générations hémophiliques. Le traitement est purement palliatif et très incertain.

Contagion de la syphilis par un rasoir. — M. CATRIN. Un vieillard de 71 ans se coupa au menton en se servant du rasoir de son fils syphilitique. La plaie mit quatre mois à se cicatriser, puis apparurent une roséole caractéristique,

plus tard une stomatite intense, un iritis double, et les jours du malade ont été en danger. Une syphilis bénigne chez le fils a été très grave chez le père. L'influence du terrain est incontestable.

Entérite muco-membraneuse avec production de sable intestinal. — M. Oddo (de Marseille) envoie une note sur un cas d'entérite muco-membraneuse très nette au cours de laquelle on observa une production considérable de sable intestinal. La malade avait la sensation de rendre « de la terre ».

La malade a eu des crises pendant plus de quarante ans et ce n'est que par hasard qu'elle a constaté la présence du sable dans les selles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 juin. Prés. de M. Ladreit de Lacharrière

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels; *le Centre médical et pharmaceutique; Revue des travaux scientifiques du ministère de l'Instruction publique.* Tome XV, n° 11; *l'Ergotisme*, par M. Ehlers.

Correspoedance manuscrite. — Lettre de l'Université impériale du Japon remerciant la Société de l'envoi du Bulletin. Lettre de M. Sombret posant sa candidature au titre de membre correspondant, et demandant à être inscrit à l'ordre du jour de la séance du 13 juin. Lettre et dépêche de M. Ogilvie (de Londres), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger. Lettre de M. Ehlers (de Copenhague), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger.

M. le Président annonce à la Société la mort de M. Berlin (de Nice) et adresse à la famille de notre regretté collègue les compliments de condoléance de la Société.

M. le Secrétaire général annonce à la Société que les comptes rendus des séances du mois de mai ont paru dans le journal *la Liberté* du 12 juin.

M. le Président dépose sur le bureau *le Livre du Centenaire*, il regrette que ce livre ait coûté plus cher qu'on ne le pensait au début, mais il a la satisfaction d'annoncer que l'éditeur, M. Masson, souscrit lui-même pour 300 fr. et qu'au nom de la Société il a adressé à M. Masson tous ses remerciements. (*Approbation.*)

M. le Président lui-même voulant atténuer un peu la somme qu'a coûté la reproduction de sa photographie en tête du volume, demande à souscrire pour vingt volumes. Enfin M. le Président demande de fixer le prix du volume à 6 fr. et d'autoriser le trésorier à prélever cette somme à chaque souscripteur. (*Adopté.*)

Rapport sur le travail de candidature de M. Bianchi (de Parme) au titre de membre correspondant étranger. — M. Besnier. A l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, M. A. Bianchi nous a fait, dans la dernière séance de la Société, l'exposé et la démonstration d'une méthode nouvelle d'exploration et de délimitation des parties du corps qu'il a imaginée et à laquelle *il* a donné le nom de *Phonendoscopie*. Une commission, composée de MM. Leudet, Mouzon et Besnier rapporteur, a été nommée pour en rendre compte.

Cette méthode a principalement pour but de suppléer à l'insuffisance des moyens qui sont habituellement employés pour l'examen des organes, et en particulier pour l'exploration des viscères, et qui dans bien des cas ne fournissent que des indications vagues et incertaines.

Elle a été présentée pour la première fois au Congrès international de Rome en 1894 (1). Mais elle a été de la part de son auteur l'objet de recherches et d'expériences nombreuses qui remontent à l'année 1882, et qui ont été faites tout d'abord à l'aide de microphones et de stéthoscopes amplificateurs variés.

Depuis 1894, grâce à ses derniers perfectionnements, elle s'est répandue rapidement en Italie, en Allemagne, en Angleterre, en Russie, etc. Par contre, fait singulier, elle n'a été introduite que récemment en France, bien que les publications étrangères qui en parlent aient été mentionnées dans la *Revue des sciences médicales* d'Hayem. Expérimentée d'abord au laboratoire du Prof[r] Marey (2), elle a été présentée seulement au mois de février dernier à la Société de Biologie, par M. Comte (3). Aussi n'est-elle encore que peu connue parmi nous, et devons-nous remercier M. Bianchi de sa communication.

Nous rappellerons tout d'abord l'exposé que l'auteur a fait de la méthode en question, nous parlerons ensuite de la démonstration qui a suivi.

La phonendoscopie est, comme l'a dit M. Bianchi, une combinaison de l'auscultation et de la percussion.

Elle consiste en effet, d'une part, à provoquer à l'aide du doigt des vibrations dans l'organe que l'on veut explorer, et, d'autre part, à recueillir et à transmettre à l'oreille ces vibrations, par l'intermédiaire d'un instrument spécial, le phonendoscope.

Ce dernier, qui a été inventé par M. Bianchi et M. Bozzy, professeur de physique à Florence, est une sorte de stéthoscope amplificateur très perfectionné.

Il est constitué par une plaque métallique centrale, de volume et de la forme d'une grosse montre et creusée d'une chambre à air pour renforcer les sons.

A cette plaque sont fixés d'un côté deux tubes acoustiques en caoutchouc, destinés à établir la communication avec l'observateur ; et de l'autre, une petite tige pleine, terminée par un bouton étroit, qui est destiné à être appliqué sur la région correspondant à l'organe que l'on veut explorer, et à mettre ainsi cet organe en communication avec la plaque centrale.

L'instrument est d'ailleurs très sensible ; le moindre ébranlement, le plus léger frôlement amplifié à l'extrémité de la tige est transmis à l'oreille avec la plus grande netteté. Pour s'en servir, les tubes acoustiques étant en place, et la plaque centrale tenue d'une main, le bouton de la tige est appliqué sur la peau, en la déprimant légèrement, au niveau de l'organe à explorer ; et on exerce

(1) Prof[r] Aurelio Bianchi, il Fonendoscopio, nuovo instrumento per l'indigacione dei suoni interni : *in* il Policlinico, 1[er] aprile, Roma.

(2) Lagrange : Le phonendoscope, *in* Revue théorique et pratique des maladies de la nutrition, 15 avril 1896.

(3) M. Comte : La phonendoscopie, *in* la *Presse médicale*, 7 mars 1896.

l'aide d'un doigt de l'autre main des frottements tout autour de la tige. A chaque frottement l'oreille perçoit des vibrations très nettes, qui se répètent tant que le doigt reste dans le voisinage de la tige c'est-à-dire au niveau de l'organe, mais qui cessent brusquement ou diminuent très sensiblement d'intensité, lorsque les frottements sont exercés au delà de ce niveau et plus ou moins loin de la tige. C'est aux différents points où se fait la cessation des vibrations, ou leur modification d'intensité, que correspondent les limites de l'organe exploré.

En marquant sur la peau par un crayon dermographique ces différents points, et en les réunissant par une ligne continue, on a le tracé de cet organe, sa projection phonique. Mais il importe de noter que la projection d'un objet sur une surface courbe ne correspond pas exactement aux dimensions réelles de cet objet. Aussi, par suite de la divergence des rayons, le tracé ou l'image obtenue sur la peau par le phonendoscope est-elle un peu agrandie et exagérée; c'est en quelque sorte une ombre phonique qui surprend d'abord, à laquelle l'œil a besoin de se faire peu à peu.

L'exploration des organes à l'aide du phonendoscope doit varier suivant les cas. Lorsqu'il s'agit de délimiter un organe peu volumineux, comme la rate ou les reins, l'application de l'instrument sur un seul point suffit pour en avoir le tracé complet. S'il s'agit au contraire d'un organe ou d'une tumeur d'un certain volume, il faut l'appliquer sur plusieurs points, en le portant vers les limites probables de cet organe ou de cette tumeur. Si l'organe est partagé en plusieurs lobes par des intersections fibreuses, ces intersections arrêtant les vibrations, plusieurs applications, une pour chaque lobe, sont encore nécessaires pour avoir le tracé de l'organe en entier.

Il en est ainsi pour le foie, en raison de son ligament suspenseur, et pour les poumons en raison des scissures interlobaires.

Pour le cœur, la déviation brusque des fibres musculaires au niveau de ses cavités suffit également pour arrêter les vibrations du phonendoscope; aussi, peut-on arriver à délimiter chacune d'elles, sauf l'oreillette gauche, qui est trop éloignée de la paroi thoracique. On conçoit d'ailleurs que la ligne d'arrêt des vibrations dans ces cas dénote soit le siège du ligament suspenseur du foie, soit celui des scissures interlobaires, soit enfin celui de la cloison interventriculaire du cœur. Si le bouton de l'instrument vient à être appliqué exactement sur cette même ligne, les vibrations ne sont plus arrêtées, et on obtient par une seule application le tracé de l'ensemble de l'organe; mais on comprend que cela ne doit arriver que rarement.

Grâce à sa sensibilité, le phonendoscope permet de délimiter non seulement des organes profondément situés, mais encore des organes qui se touchent et empiètent même les uns sur les autres, comme les poumons, le foie, l'estomac.

On peut ainsi faire sur la peau le tracé exact de plusieurs organes superposés en assignant à chacun d'eux ses limites respectives. Pour qu'il en soit ainsi, la condition indispensable, *sine qua non*, est que chacun des organes que l'on veut délimiter soit en contact en un point avec la paroi qui le recouvre.

A ce niveau en effet on peut établir la correspondance avec la tige de l'appareil, et à ce dernier arriveront pour être transmises à l'observateur les vibrations de l'organe exploré, que celles-ci soient produites à travers la paroi seule ou à travers la paroi et un ou plusieurs organes interposés.

De même que la percussion qui par la matité ou la sonnorité dénote si un organe ou une tumeur est dense ou non; de même le phonendoscope fournit des indications importantes à ce sujet. Dans les deux cas, il est vrai, les vibrations se produisent; mais elles varient d'intensité, étant plus fortes si l'organe ou la tumeur est dense ou tendu par des gaz ou des liquides, ou moins fortes dans le cas contraire. De plus, elles se modifient ou s'arrêtent aux points où il y a changement de densité ou de tension, de telle sorte qu'on peut savoir par là même si une cavité comme la plèvre, ou un organe creux comme l'estomac, contient du liquide, quel en est le niveau et quels déplacements il subit dans les changements de position du corps.

Dans tous ces cas, et beaucoup d'autres analogues, la phonendoscopie poursuit des indications très nettes, et vient ainsi en aide à la palpation et à la percussion. Elle peut même remplacer avec avantage ces moyens d'exploration, lorsqu'ils restent à peu près impuissants, comme lorsqu'il s'agit de délimiter la rate, les reins, de séparer l'estomac de l'intestin, d'établir les limites du lobe gauche du foie, de définir les connexions d'un organe ou d'une tumeur avec les parties voisines, etc.

A cela ne se bornent pas les indications qu'elle peut fournir. En effet, elle peut servir à l'exploration pour ainsi dire de toutes les parties du corps; déceler toute solution de continuité, tout changement notable de densité des tissus; dénoter l'état de la matrice et de ses annexes, l'état des muscles, des os, la rupture de leurs fibres, etc. C'est ainsi que, dans l'ordre chirurgical, elle permet de reconnaître le siège et la direction d'une fracture, l'état des articulations, etc. Mais je n'insiste pas sur ses applications multiples, elles se déduisent de ce qui précède. Non moins puissante que les rayons de Rœntgen et combien plus facile à employer, la phonendoscopie permettrait, par l'intermédiaire des sons, de voir en quelque sorte les organes dans leurs cavités et à travers leurs enveloppes, de là son nom.

J'arrive maintenant à la démonstration que l'auteur a faite de sa méthode devant la Société. Cette démonstration a été pratiquée sur un sujet bien portant, qui a bien voulu se soumettre à son examen. Et dans ce cas, M. Bianchi a eu recours à un procédé qu'il emploie volontiers en pareil cas; et qui consiste à remplacer les deux tubes simples du phonendoscope, par des tubes ramifiés, dichotomisés, de telle sorte que trois ou quatre personnes sont mises en communication avec l'appareil, et par là même peuvent vérifier ses indications, c'est-à-dire contrôler l'arrêt, ou la persistance, ou les modifications d'intensité des vibrations C'est ainsi que plusieurs d'entre nous ont pu prendre part à l'expérience et suivre M. Bianchi dans ses tracés.

Ce dernier, en procédant comme nous l'avons indiqué plus haut, sur le sujet en question, a successivement délimité le foie, l'estomac, la rate, les reins, le cœur et ses cavités.

L'examen ultérieur des organes les plus accessibles à la palpation et à la percussion a confirmé toutes les indications accusées par le phonendoscope. Et dans la circonstance, cet examen n'était pas sans valeur car le sujet était sec et maigre et ses organes se prêtaient facilement à l'exploration.

Dans une seconde séance, qui a été faite devant votre commission, à laquelle se sont joints quelques-uns de nos collègues, M. Bianchi a fait la même démonstration, mais dans des conditions tout autres. Le sujet soumis cette fois à son examen était en effet une femme surchargée d'embonpoint ayant un ventre énorme, dur et résistant, un de ces ventres sur lesquels la palpation et la percussion ne donnent que des résultats fort incertains, pour ne pas dire nuls. Malgré ces conditions défectueuses, M. Bianchi a pu de la même façon que précédemment délimiter également le foie, l'estomac, les colons transverse et descendant, ainsi que la rate et les reins. Ces derniers organes ont été reconnus comme ayant un état normal, tandis que le foie a paru sensiblement augmenté de volume, l'estomac et les colons très distendus et en entéroptose; ce qui explique chez cette femme la procidence du ventre en avant et éloigne toute idée de kyste ou de tumeur profonde à laquelle on pouvait songer.

Pour compléter sa démonstration, M. Bianchi a eu recours encore à un autre procédé. Il a employé simultanément deux phonendoscopes; l'un a été appliqué sur la région du foie, l'autre sur celle de l'estomac, et tous les tubes du premier ont été mis en communication avec l'oreille gauche de chaque observation, et tous les tubes du second avec l'oreille droite des mêmes observateurs. Dans ces conditions, à chaque frottement du doigt exercé sur la région hépatique, les vibrations étaient perçues seulement par l'oreille gauche; et dès qu'on dépassait cette région pour arriver à celle de l'estomac, elles cessaient à l'oreille gauche pour passer, sauter à l'oreille droite, c'est-à-dire à l'oreille en communication avec le phonendoscope appliqué sur la région stomacale; il y avait même une ligne neutre où toute vibration cessait. On avait bien ainsi la limite exacte de chacun de ces viscères. On conçoit combien ce procédé doit être utile dans certains cas difficiles à explorer.

A la suite de ces examens faits sur le vivant, nous avons pu assister tout dernièrement à des expériences pratiquées sur le cadavre par M. Bianchi, devant un certain nombre d'assistants, sur un sujet que M. le Dr Letulle avait bien voulu mettre à notre disposition à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Antoine. Ces expériences, sur lesquelles je n'ai pas à m'étendre ici, étaient la reproduction de celles que l'auteur a faites bien souvent en Italie pour démontrer le bien fondé de sa méthode. Elles ont établi que les tracés qui avaient été pratiqués sur la peau, à l'aide du phonendoscope avant l'ouverture du cadavre, correspondaient bien aux limites réelles des organes explorés. Il en a été ainsi notamment pour le foie, la rate, le poumon gauche, et même la scissure interlobaire de ce poumon. En outre, fait non moins frappant, elles nous ont permis de constater *de visu*, et les organes en mains, l'arrêt complet des vibrations par le ligament suspenseur du foie, par les scissures interlobaires des poumons, et aussi, j'allais dire surtout, par la cloison interventriculaire du cœur; il en a été de même pour la scissure qui sépare la vésicule biliaire du foie.

Les examens et les expériences que je viens de rapporter ont vivement intéressé tous ceux qui en ont été témoins. Leur rapprochement et leur concordance plaident singulièrement en faveur de la phonendoscopie. De fait, entre les mains de M. Bianchi, cette méthode donne des résultats très nets et très frappants, et qui ne peuvent qu'engager à y recourir dans la pratique, surtout dans les cas où les autres modes d'exploration laissent dans l'incertitude, et ils ne sont pas rares.

Mais je dois dire qu'en d'autres mains, il n'en est pas toujours ainsi, et que parfois ses indications paraissent douteuses, ou même ne concordent pas avec celles que donnent la palpation et la percussion. C'est du moins ce qui résulte des applications du phonendoscope que nous avons faites nous-mêmes tout d'abord, et de celles que nous avons vu faire dans quelques services hospitaliers.

Cela tient, si nous ne nous faisons illusion, moins à la méthode elle-même qu'à son application plus ou moins défectueuse. Le maniement du phonendoscope, tout en paraissant simple et facile, réclame, en effet, toute une série de précautions que je ne puis que signaler en passant.

C'est ainsi qu'il faut faire varier la pression de la tige sur la peau, suivant la profondeur de l'organe, l'épaisseur et la résistance de la paroi qui le recouvre. De même, il faut faire varier les frottements du doigt, comme force et comme direction, pour éviter les vibrations de la surface. De plus, il existe pour chaque organe des points de repère, où l'application de la tige est plus favorable qu'ailleurs à l'exploration. Dans certains cas même, comme chez notre second sujet, l'examen doit être pratiqué dans la position assise ou debout, pour faciliter le rapprochement des organes de la paroi abdominale ou thoracique.

D'autre part, si la délimitation de l'organe exploré est le plus souvent indiquée par la cessation brusque des vibrations; parfois elle ne l'est que par la diminution de leur intensité, c'est-à-dire par des nuances plus ou moins faciles à saisir. Il y a, comme on le voit, pour la méthode en question, toute une technique particulière à suivre, ce qui ne peut s'acquérir que par l'habitude. Il en est de même, il est vrai, pour tout autre mode d'exploration; et ici, comme le dit l'auteur, les difficultés du début sont tout aussi faciles à surmonter; mais il n'en est pas moins vrai également qu'il faut en tenir compte.

Quant à la valeur clinique de la méthode, il y a trop peu de temps qu'elle est expérimentée, ici du moins, pour permettre de répondre à cette question.

En raison de la précision des indications qu'elle peut fournir et des cas si divers auxquels elle peut s'appliquer et dont nous n'avons pu citer que quelque exemples, elle est appelée, pensons-nous, à rendre des services très appréciables dans bien des circonstances aussi bien en chirurgie qu'en médecine. Mais ce n'est que par des observations répétées au lit des malades, et contrôlées par des examens nécroscopiques, qu'on pourra être fixé à cet égard.

Nous savons qu'en ce moment des observations de ce genre sont faites dans différents hôpitaux. C'est là une expérimentation pratiquée sur une vaste échelle, et dont il faut attendre les résultats pour se prononcer.

Je dois ajouter ici qu'à son apparition en 1884, la phonendoscopie, ou plutôt la projection phonique des organes, que M. Bianchi cherchait déjà à résoudre et qui est la base même de méthode, a soulevé diverses objections, qu'il a discutées et réfutées l'année suivante au congrès de Pétrouse (1). De même en France dès maintenant cette méthode a aussi rencontré des adversaires. En effet dans un article tout récent, le Dr Bouveret, de Lyon, en s'appuyant sur

(1) A. Bianchi . A diffesa dell' ascoltazione stetoscopica della percussione quale mezzo di esame degli organi interi; *in Riforma medica*, Napoli, 1885.

différents faits, n'hésite pas à dire que les indications fournies par le phonendoscope sont entachées d'erreurs (1). La discussion de cet article nous entraînerait trop loin, nous nous bornerons à le signaler ici, en ajoutant que les erreurs en question nous paraissent pour la plupart devoir être rattachées à la manière dont l'instrument a été appliqué. Du reste M. Bianchi doit prochainement faire paraître en français un travail où toutes les questions qui touchent à la phonendoscopie, y compris les objections de M. Bouveret, seront soumises à un examen approfondi : nous ne pouvons qu'y renvoyer.

En terminant ce trop long rapport, nous dirons que quel que soit le sort que l'avenir réserve parmi nous à la phonendoscopie, — et nous espérons qu'il sera des plus favorables — le fait seul de l'avoir inventée démontre que M. Bianchi est un esprit sagace, un chercheur et un travailleur. Du reste la phonendoscopie n'est pas la seule question qu'il ait étudiée ; il a publié dans les journaux italiens différents mémoires sur les sujets les plus divers. Professeur agrégé à l'Ecole de médecine de Parme, il est de plus membre correspondant de l'Académie de médecine de Madrid, de celle de Genève, de la Société d'hygiène de Paris, etc. Notre Société ne peut donc que gagner à le compter parmi ses membres. Aussi votre commission vous propose-t-elle de faire le meilleur accueil à sa candidature,

M. Duroziez. M. Bianchi est un chercheur ; il nous est sympathique, mais il doute de la puissance de la percussion d'Auenbrugger, de Corvisart, de Piorry, de Bouillaud. Il a compassion d'elle et vient à son aide.

En clinique nous n'aimons pas l'instrumentation. Le stéthoscope est déjà de trop. La clinique est un combat d'homme nu à homme nu. Ni cuirasse, ni serviette. Un peu d'huile. Surtout pas de tubes en caoutchouc dans les oreilles qu'ils fatiguent, irritent, infectent non aseptisés. Ils nous rendent laid pendant l'examen, font supposer l'infirmité et nous laissent sourd.

Nous ne pouvons donc pas opposer notre expérience à celle de M. Bianchi.

Les avantages de la phonendoscopie méritent-ils qu'on passe outre aux inconvénients ? Fait-elle ce que la percussion est impuissante à faire ? M. Bianchi dit oui, je dis non. Que fait-il que nous ne fassions pas ? Nous délimitons les reins, la rate, le foie, le cœur, les poumons, l'estomac, le colon.

Nous profitons de la palpation que son procédé néglige. Or, la palpation est pour moitié dans la percussion qui est de la palpation profonde. Chacun tient compte de la sensation de résistance, d'autant plus nette qu'on s'y prend bien. On percute comme on palpe, bien ou mal. Le son n'est pas tout dans la percussion. Celui qui écoute percuter n'a pas la sensation aussi franche que celui qui percute.

Le doigt est préférable à la plaque, au plessimètre. Il est de mêmes tissus que le corps percuté ; il fait corps avec lui ; il pénètre partout, il fouille, il est intelligent, il sent et se prête à toutes les idées du maître. Il se fait lourd, léger, câlin, sévère.

Que dire du percuteur en caoutchouc ? Il est barbare. Le doigt palpe en percutant. De concert avec l'autre, il va chercher et sentir l'organe profondément caché. Avec H. Roger nous unissions la percussion à l'auscultation ; il fallait être deux. Ce n'est pas ce que fait M. Bianchi. Pourtant il appuie plus ou moins fort et tâche d'arriver au contact de l'organe profond. J'ai de la peine à croire que son frôlement, difficile à imposer à la femme (la percussion est plus austère), passe à travers le poumon et aille trouver le cœur et le foie, quand nous sommes obligé de varier beaucoup la force de la percussion pour les organes superficiels ou profonds. La ligne supérieure du foie n'est pas trouvée la même par tous les médecins ; de même les lignes du cœur.

M. Bianchi se fie surtout à l'auscultation qu'il renforce.

Pour le cœur nous savons fixer la ligne de la cloison interventriculaire, la surface de chaque ventricule. L'attention et l'habitude saisissent facilement toutes les nuances.

On a un peu négligé la percussion et on est étonné aujourd'hui des résultats obtenus par M. Bianchi. Nous faisons avec nos doigts aussi bien que lui avec le phonendoscope. Nous lui laissons la part belle.

Nous avons conservé pour la percussion du cœur la tradition de Bouillaud. Nous cherchons les limites du péricarde. Le cœur a sa résonnance à lui qui le fait reconnaître. Nous l'avons délimité des milliers de fois, rarement nous avons éprouvé de la difficulté, mais il faut du soin, du temps et du silence. Il est plus délicat de percuter le cœur, que le poumon, le foie, la rate et les reins. Qu'on délimite exactement une dizaine de cœurs par jour et la main sera bientôt faite si elle est habile. Le secret est de vouloir ce qui est possible ; on ne trouve que ce qu'on cherche.

On est stupéfait des dimensions que peut prendre le cœur ; on l'est moins quand on voit les jugulaires des emphysémateux, des tricuspidiens. Le cœur de la salle d'autopsie ne représente pas le cœur vivant. On a voulu reproduire le volume du cœur vivant en bourrant d'étoupe le cœur mort ; c'est une grosse erreur pathologique. Avec de l'étoupe referait-on un utérus de neuf mois ? C'est pendant la vie qu'il faut surprendre les organes ; ils ne livrent pas vite leur secret ; il faut l'arracher. Quand on voit ces foies vivants énormes, ces rates mégaliques, ces hydropisies monstrueuses, les dilatations de la vessie, de l'estomac, du colon, les anévrysmes, peut-on s'étonner de l'énormité du cœur ? Laissons-nous conduire par la percussion aussi sûre que la palpation. On admet les foies colosses que l'on palpe ; qu'on admette les cœurs colosses que l'on percute. La percussion n'est que la palpation profonde.

Nous commençons l'examen du cœur par la recherche de la pointe ou du moins des points où le cœur vient battre, puis nous percutons ; la pointe connue, nous fixons la ligne supérieure, la ligne inférieure, les deux lignes latérales ; nous avons la hauteur et la largeur ; nous circonscrivons le cœur. Nous faisons de même pour le faisceau des vaisseaux, sans avoir la prétention de séparer l'aorte de l'artère pulmonaire, de la veine cave supérieure, des veines pulmonaires. Nous reconnaissons l'aorte à ses battements, à l'élévation des sous-clavières. Les cœurs sont tantôt énormes au delà de toute prévision, tantôt moyens, tantôt petits outre mesure.

La fixation de l'espace où bat la pointe pour juger le volume du cœur est dangereuse, souvent on compte mal les espaces, on en voit un de trop ; parfois la pointe bat dans le 3e espace ; parfois on ne sent pas la pointe. Les espaces

(1) Le Phonendoscope et la phonendoscopie par M. Bouveret, agrégé des médecins des hôpitaux de Lyon ; *in Lyon Médical*, 3 mai 1896.

n'ont pas toujours la même largeur. La percussion doit venir au secours de la palpation.

Autrefois la percussion était en haut. Elle est déchue. Espérons que M. Bianchi, l'ingénieux auteur de la phonendoscopie, relèvera la percussion sans le vouloir.

M. Besnier répond à M. Duroziez et lui reproche d'abord de vouloir par principe rejeter tout instrument. Le stéthoscope, par exemple, ne lui rend-il pas de nombreux services et ne lui a-t-il pas permis de découvrir le souffle crural ?

De plus, M. Duroziez raisonne un peu sur des données personnelles, tout le monde n'a pas son expérience en matière d'auscultation et de percussion, et beaucoup de médecins trouveront certainement un secours précieux dans un instrument tel que le phonendoscope qui est, de plus, un instrument de contrôle dont les indications peuvent être constatées en même temps par plusieurs personnes.

M. Duroziez fait observer que sa grosse objection, c'est le danger que ces instruments offrent pour l'oreille, l'usage prolongé du phonendoscope rend certainement sourd.

Ce n'est pas l'avis de M. Ladreit de Lacharrière qui fait observer que lui-même, qui s'occupe spécialement des maladies de l'oreille, conserve souvent l'autoscope dans son oreille pendant plusieurs heures, sans en avoir jamais ressenti aucun inconvénient autre qu'un peu de fatigue momentanée.

Les conclusions favorables de M. Besnier sont adoptées. Le vote sur la nomination de M. Bianchi aura lieu dans la prochaine séance.

Considérations sur le traitement du tuberculeux pulmonaire (*suite et fin*), M. Leudet. — (*sera publié*).

Les psychicônes ou images de l'esprit. — M. Baraduc présente son nouveau livre l'*Ame Humaine, ses mouvements et ses lumières.*

De cette double étude expérimentale de l'âme faite par ses mouvements enregistrés par l'aiguille biométrique, et par ses lumières invisibles iconographiant et impressionnant la plaque photographique, il a détaché un chapitre spécial relatif aux psychicônes, nom qu'il donne aux images créées par notre esprit sur la plaque.

Dans un précédent ouvrage sur la *Force Vitale*, il avait en effet montré que les mouvements d'attraction et de répulsion de l'aiguille de son appareil biométrique, en présence de la main, décelaient les mouvements invisibles à notre état d'âme vitale, et donnaient la formule de notre tempérament vital.

C'est le *manomètre* qu'il emploie pour mesurer la force de vie en nous relativement à la direction d'un traitement électrique, comme le thermomètre donne le degré de la fièvre. (*La Force Vitale*, notre corps fluidique, sa formule biométrique,

Dans l'Iconographie qu'il décrit, il a trouvé avec la plaque une nouvelle méthode d'enregistrer les mouvements de l'âme par leur propre lumière et d'avoir la signature personnelle respective de chacun de ces mouvements.

La plaque dans ses mains est, devenue le loyal témoin intermédiaire entre l'homme et le cosmos invisible, qui enregistre les communications ayant lieu entre eux, dans cette zone qu'il appelle *l'atmosphère fluidique de l'ame humaine*

M. Baraduc s'est donc principalement occupé dans cette conférence de la force vitale condensée dans le corps humain, de ce corps fluidique appelé par lui Somod capital-vie, nuage de force vitale condensé en nous.

C'est cette nuée odique de vivante lumière qui prend forme, l'image que notre esprit lui donne, grâce à sa faculté imaginative.

Le psychicône est donc la nuée odique de force vitale imaginée en forme, par l'imagination psychique. C'est une création de l'esprit indépendante du corps matière dont elle sort pour se produire sur la plaque.

Les psychicônes sont caractérisés par l'absence de traits de lignes, ils sont une relation de lumière, une forme nuageuse de nuée odique, par points, pois, estompages, picturages ; la pellicule impressionnée ne présente pas le relief des portraits photographiques ordinaires.

M. Baraduc les divise en trois catégories : 1° le psychicône simple, mouvement simplement lumineux, formulé en nous et projeté en dehors de nous (cliché négatif, épreuve positive) ; 2° Psychicône double, accouplé, mouvement double lumineux, polarisé, parasitarisme fluidique (clichés positifs, nécessité d'intervertir pour obtenir une épreuve positive) ;3° Psychicône spontané intentionnel.

L'auteur ne s'est étendu dans sa communication que sur la première catégorie, et a présenté une dizaine de photographies extraites de la collection de contrôle établie par lui.

Comment on obtient un psychicône. — En dehors de son emploi habituel en photographie, la plaque photographique ordinaire est un agent de réception des mouvements lumineux invisibles à l'œil, obtenus dans l'obscurité, ou sous la lumière rouge.

Sa faculté photochimique est remarquable; elle peut être utilisé à enregistrer des vibrations connues, telles que celles de l'électricité ou des vibrations inconnues, c'est-à-dire les grandes anses elliptiques du Zoo-Ether, et en particulier les images créées par l'esprit humain, les *psychicônes.*

Avec ou sans électricité, on peut projeter sur une plaque dans l'obscurité, une image bien imaginée, façonnée, modulée par l'esprit.

Celui-ci doit donc concevoir mentalement, avec puissance et netteté, l'image à laquelle il va donner un corps fluidique et sous une douce pression de la volonté, cette image s'évacue par la main et vient se graphier sur la plaque.

Les conclusions de ce que nous venons de dire sont 1° *Physique*, la plaque impressionnée offre une signature différente suivant qu'elle l'est par l'électricité ou par les effluves de la main. Ces effluves présentent une forme en rapport avec l'image tentée, lorsqu'elle est puissamment voulue ou modulée, et extériorée

2° *Psychologique.* — La constatation de la *possibilité* d'une image estompée d'une façon plus ou moins énergique suivant l'opérateur et la durée de l'opération, (deux minutes à une heure,) montre l'intervention d'un tiers-facteur par rapport au corps et à la force vitale de l'âme, c'est à dire l'intervention *de l'esprit créateur*

3° *Pathologique.* — A ce point de vue la communion fluidique avec l'invisible montre le danger de la contagion fluidique, de l'envahissement des âmes faibles par les émanations fortes, par les influences errantes vécues, car aucune des émanations humaines ne se perd parmi ces nuages de vie exhalés.

Comme conséquence on comprend ces aura, ces vapeurs ces envahissements et le parasitarisme fluidique, figuré

le nom de diabolisme ; enfin la réalité objectivable des formes hallucinatrices entretenues en lui, par le fou lui-même, lesquelles inversement nourrissent sa folie, c'est à dire le *parasite fluidique*.

Pour aider son extériorisation, une faible tension, comme le souffle ou le vent électrique, peut être employée intermédiairement entre la main (le corps se trouvant dans un bain d'électricité statique positive) et la plaque, située en dehors à l'état neutre.

Le fait semble comparable à l'issue d'une bulle de savon, produite dans un tube de paille, par une légère pression expiratrice; si le souffle est trop fort, la bulle crève ; si l'électricité est trop intense, la plaque recueille les fragments épars de l'image et les éclats de la signature électrique.

Il faut donc, durant l'opération, apercevoir à peine dans l'obscurité la gerbe électrique qui sort des doigts. L'*électricité n'est pas nécessaire* pour les personnes dont l'imagination et la volonté sont puissantes. Les personnes dans l'obscurité complète, projettent les images qu'elles créent et souvent leurs propres formes, ou celles des personnes auxquelles elles pensent. La plaque reçoit et garde l'image produite. Un certain degré d entrainement est nécessaire.

Le mode opératoire se fait par des traînées ou lignes de forces, qui réduisent les sels d'argent d'une façon plus ou moins intense, suivant les points, qui produisent sur l'épreuve les parties plus ou moins éclairées. Ces bandes forment une sorte d'estompe démontrant le dispositif opératoire de l'esprit créateur.

Quant à la vibration lumineuse en elle-même, c'est de la force vitale-animique, dont la graphie est nettement différente des forces voisines électriques, électro-neuriques, et que l'on peut obtenir indépendamment d'elles.

En résumé: l'esprit imagine une image, la module avec la force vitale humaine, se voile dans une forme qui l'exprime et l'extériore sous cette forme qui se grahie sur la plaque, à laquelle la main l'abandonne.

4° *Philosophique*. Le monde des formes expérimentalement démontré, vient confirmer ou infirmer les différents systèmes philosophiques, qui se trouvent maintenant dominés par la notion suivante : L'esprit, actuellement inaccessible expérimentalement en lui-même reste, comme une pensée intime cachée au fond de nous, mais il se voile dans la forme iconographiable de notre lumière de vie qu'il modèle pour se manifester sur une plaque sensible ainsi donc l'expérience même prouve que l'*âme humaine*, l'âme *psychique est mouvement, lumière et création*.

La tuberculose au Havre. — M. Sombret. Travail de candidature au titre de membre correspondant En l'absence de M. Sombret, M. Brossard donne lecture de ce travail. (*Sera publié*).

La Commission nommée pour l'examen de la candidature de M. Sombret se compose de MM. Christian, Brossard et Mouzon, rapporteur.

M. Brunet est nommé à l'unanimité membre titulaire, et M. Perrin également à l'unanimité, membre honoraire de la Société.

La séance est levée à 6 h. et quart.

Brossard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1896. — Près. de M. Ch. Monod.

Cholédochotomie. — M. Quénu. Si l'on se fie au diagnostic que l'on peut faire de calculs du cholédoque, on n'interviendrait jamais. Sur mes 5 derniers malades le diagnostic n'a pas été porté d'une façon ferme. Une seule fois il a été vérifié par l'opération.

Il ne faut pas choisir les cas où la lithiase biliaire est évidente pour opérer. On ne sait pas si cette lithiase ne s'accompagne pas de cancer du pancréas. On trouve souvent des adhérences tellement nombreuses qu'il peut être impossible même pendant l'opération de faire le diagnostic

Donc quand on a un malade atteint d'ictère chronique, de décoloration fécale, de matité hépatique, il faut faire une laparotomie qui permet de se renseigner et de remédier si possible.

Le choix de l'incision doit être facile. Incision médiane quand il s'agit du cholédoque et latérale quand il s'agit de la vésicule.

La suture du cholédoque demande à être examinée et je vois qu'il est peut-être préférable de ne pas suturer et d'après une observation je pense que cette manière de faire est encore la plus prudente.

Traitement des fractures de la jambe par l'extension continue. — Présentation d'appareil et mémoire par M. Hennequin.

M. Nélaton. On a dit que j'étais partisan de la suture osseuse dans les fractures d'après un rapport que j'avais fait sur des faits de M. Roux (de Brignoles). Je n'ai dit qu'une chose, c'est que l'absence de la connaissance des appareils à extension continue de M. Hennequin permettait seule la pratique de M. Roux (de Brignoles). Dans les fractures obliques je pensais qu'il pouvait être utile de faire la suture. Depuis que M. Hennequin est venu appliquer son appareil. il supprime toute intervention chirurgicale dans le traitement des fractures obliques.

M. Berger. Les appareils actuels suffisent-ils pour guérir toutes les fractures obliques de la jambe. Il ne faut pas être trop exclusif. Avec les appareils on a de temps en temps des résultats peu satisfaisants. Je considère l'appareil plâtré mis primitivement comme dangereux.

Je préfère le Scultet pendant les premiers jours, et encore a-t-on parfois une déformation en sens inverse.

Quant à la pointe du fragment saillante, elle est peu redoutable. Mais le raccourcissement doit davantage être redouté et le chirurgien doit surveiller son appareil pour être sûr de ne pas avoir de raccourcissement.

Quant à l'intervention chirurgicale, je ne crois pas qu'en dehors des cas d'interposition de muscle ou de tendon, elle donne de meilleurs résultats que les appareils. Elle donne des raccourcissements et on ouvre un foyer de fracture.

M. Delorme. M. Berger vient de faire revivre l'antique discussion entre les appareils inamovibles et les mobiles. Les bons, je crois, sont les appareils mobiles. Les inamovibles donnent une sécurité trop grande, et la surveillance prévoyante des appareils amovo-inamovibes est une sécurité. Cette surveillance n'a pas besoin d'être journalière, mais est suffisante tous les 3 ou 4 jours.

Quant à la traction sur le cou-de-pied, elle peut se faire

sans danger, tant qu'elle se fait au-dessus d'une épaisse couche d'ouate, comme le voulait A. Guérin.

La déformation antéro-postérieure, à concavité antérieure, est due à l'application de tampons comprimant trop localement.

Cysticerque de l'œil gauche. — Présentation du malade par M. Robert.

Amputation du pied. — Présentation du malade par M. Potherat.

Lésion abdominale. Coup de pied de cheval vers l'ombilic. Laparatomie. Mort. — A l'autopsie, intestin intact en apparence et derrière le gros intestin appendice perforé à sa base où existait un calcul. Présentation des pièces par M. Delorme.

F. Verchère

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS

Séance du 13 mai 1896.—Présidence de M. de Pradel.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Correspondance. — Travail sur les eaux d'Evian. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Société de médecine de Lyon. Statistique municipale de la Ville de Paris. — Journaux ayant parlé de la nomination du médecin des Bureaux de bienfaisance à la commission de la tuberculose.

Communications diverses. — Lettres d'excuses de MM. Séailles et Dufournier. — Lettre du Dr Dubois, conseiller municipal, conseillant de remercier la 5e commission pour son accueil.

Visites à M. le Préfet de la Seine et à M. le directeur de l'Assistance publique. — M. de Pradel rend compte de ces visites faites au sujet de la nomination au Conseil de surveillance de l'Assistance publique d'un médecin du traitement à domicile, et de la présentation au directeur de l'Assistance publique et au préfet de la Seine de la liste de la Société, se composant de MM. Gibert, Rotillon et Le Coin.

L'accueil de M. Peyron a été bienveillant. Il a agréé la présentation faite et a envoyé la délégation à M. Poubelle. Il a annoncé la formation de la commission de la tuberculose et la nomination de M. Gibert.

M. Poubelle a reçu la délégation sur simple demande et avec bienveillance. n'ayant aucune objection à faire à la nomination de notre candidat.

Visite à M. Monod. — M. Le Coin a rendu visite à M. Monod. En l'absence de celui-ci, il a vu le chef de cabinet qu'il a remercié de notre représentation au conseil de surveillance, et auquel il a fait remarquer le peu de représentation des médecins des Bureaux de bienfaisance dans le Conseil supérieur. — M. Girert remercie le Bureau de ses démarches et de sa présentation au Conseil de surveillance.

Egalité de l'indemnité des médecins dans chaque arrondissement. — M. Monory expose qu'il a écrit au maire de son arrondissement pour lui demander l'égalité de l'indemnité allouée aux médecins. Celui-ci l'a renvoyé à l'administration qui lui a répondu par une lettre semblant indiquer qu'une démarche faite auprès de M. Baudoin par le bureau de la Société, serait suivi d'effet.

M. de Pradel rappelle que cette question a déjà été agitée au sein de la Société qui avait demandé la légalisation des honoraires en prenant pour taxe les honoraires les plus élevés. D'autre part, est-ce bien le moment d'agiter cette question à nouveau et n'y aurait-il pas danger à la faire en présence du nouveau réglement ? Tel est l'avis de la Société qui décide de passer à l'ordre du jour.

Quelques mots sur l'organisation des Bureaux de bienfaisance de la ville de Londres.—M. de Pradel. Ayant été passer quelques jours à Londres et ayant eu l'occasion de me trouver en rapport avec plusieurs médecins distingués de cette ville, j'ai pensé à demander à ces confrères quelques renseignements sur l'organisation des Bureaux de bienfaisance de leur capitale, estimant que de la comparaison des habitudes et des coutumes de nos pratiques voisins avec les nôtres pourrait jaillir — peut-être — quelque idée utile pour l'amélioration du sort de nos malheureux.

La première chose qui nous frappe, nous autres médecins français, lorsque nous sommes à Londres, c'est d'entendre dire que la capitale de l'Angleterre ignore les bienfaits de l'Administration centrale que nous appelons à Paris l'Assistance publique. Chaque hôpital londonnien a son autonomie et ne dépend que de lui-même.

Les grands hôpitaux constituent autant d'Ecoles de médecine plus ou moins recherchées par les étudiants suivant leur notoriété. Chaque hôpital est soutenu, au point de vue budgétaire, par des dons et des souscriptions privés et administré par ses administrateurs à lui qui n'ont rien à voir avec l'hôpital voisin. Les médecins et cliniciens des hôpitaux ignorent les angoisses des concours et sont nommés à l'élection par les administrateurs des hôpitaux, chaque administrateur disposant d'un certain nombre de voix. C'est le triomphe des petites intrigues, des visites, des potins.

Le traitement des malades pauvres à domicile n'est, également, dirigé par aucune administration centrale. La ville de Londres est divisée en une grande quantité de *paroisses*. Chaque paroisse s'occupe de ses pauvres comme elle l'entend. Néanmoins il y a, dans chaque paroisse, une sorte de conseil d'administration, qui nomme les médecins chargés de soigner à domicile les indigents et les nécessiteux.

Lorsqu'un malade veut se faire soigner gratuitement par le médecin de la paroisse, il faut qu'il prouve d'abord qu'il est malheureux et *sans travail*.

On lui donne ensuite un bon pour se faire soigner par le médecin de sa circonscription. S'il est vraiment dans le besoin on fait même mieux que de lui donner les soins gratuits du médecin ; on lui donne différents bons avec lesquels il peut aller chez un boucher, un boulanger et un charbonnier désignés. Le malheureux Londonien est, à ce point de vue, plus favorisé que le pauvre parisien puisqu'il ne risque pas de mourir de faim avec, pour tout potage, une tasse de tisane et du sirop de quinquina.

Les médecins désignés par les paroisses pour soigner les indigents reçoivent, à Londres, une indemnité annuelle proportionnelle à l'étendue de la circonscription qu'ils ont à desservir et variant de 800 à 2000 fr. et plus. Ils doivent soigner leurs malades pour toutes les maladies qui peuvent se présenter, mais reçoivent une indemnité supplémentaire chaque fois qu'ils ont à se servir d'un instrument quelcon-

que. Ils ont, de plus, à leur disposition, dans chaque paroisse, un dispensaire, véritable petit hôpital où ils peuvent envoyer et faire admettre les indigents qui ne peuvent se soigner ou être soignés à domicile.

Chaque paroisse a donc son budget spécial, ses médecins chosis par elle sans concours, et un petit hôpital à la disposition de ses malades.

Par ce très court tableau du fonctionnement des Bureaux de Bienfaisance de la ville de Londres vous pourrez cependant conclure vous-mêmes, comme je le fais, que si nous n'avons rien à envier à nos voisins au point de vue de notre recrutement, nous pourrions, sur d'autres points, et particulièrement au point de vue de l'hospitalisation des malades et des secours en nature accordés aux nécessiteux, les imiter et les suivre.

Après avoir entendu la lecture de ce rapport, la Société adresse ses félicitations à M. de Pradel pour le travail intéressant qu'il vient de lui communiquer. Ce travail sera publié *in extenso*. M. le Dr Reynier offre son travail sur le traitement des maladies des femmes par l'électricité. Ce travail sera analysé. Des remerciements sont adressés à son auteur.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le Secrétaire annuel,

Dr THOMINET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 18 juin. — Présid. de M. SAINT-YVES-MÉNARD

M. BELLENCONTRE, revenant sur l'observation de M. de Beauvais, *simulation d'amblyopie double attribuée à la lumière des éclairs*, regrette que l'on n'ait pas cherché les stigmates nerveux, un simulateur étant généralement un hystérique ou un dégénéré. Il combat l'opinion de M. Dehenne à savoir que s'il s'était agi d'une amblyopie nerveuse, on trouverait des lésions après 5 à 6 mois. M. Bellencontre a observé des cas d'amblyopie hystérique monoculaire remontant à un temps plus long sans altération de la papille.

A propos des revaccinations. — M. JASIEWICZ cite le cas d'un enfant de 4 à 5 ans qui a été atteint de variole légère, quelques mois après avoir été vacciné avec succès.

M. LE PRÉSIDENT. La variole est très rare chez les enfants de moins de 6 ans. Dans l'espèce, peut-être a-t-on eu affaire à la varicelle, parfois difficile à diagnostiquer de la varioloïde.

M. DIGNAT a observé un cas de varicelle dans lequel les vésicules renfermaient un liquide louche, avec phénomènes généraux graves; il aurait pu diagnostiquer varioloïde, s'il avait été guidé par l'apparition extérieure d'une varicelle non douteuse chez le frère de l'enfant. Il prie M. Saint-Yves Menard de préciser les signes différentiels.

M. LE PRÉSIDENT différentie par les prodromes, et surtout par l'ombilication très nette de la pustule de varioloïde.

M. VERCHÈRE, DE CRÉSANTIGNES, JASIEWICZ établissent la non-rareté des varicelles sans prodromes.

Les désinfecteurs infecteurs. — M. ROULIN. Un enfant atteint de scarlatine légère est gardé à la chambre 40 jours; puis désinfection de l'appartement par une équipe municipale. Deux jours après, l'enfant présente une plaque reconnue diphtérique d'une amygdale. M. Roulin ne doute pas que les désinfecteurs n'aient apporté cette maladie, l'enfant n'ayant été approché par personne autre et lui-même n'étant pas retourné dans la maison depuis 3 semaines.

M. BARDET affirme après expériences que la désinfection par pulvérisation, procédé adopté par la ville de Paris, donne des résultats illusoires.

Un cas de maladie de Werlhof. Influence heureuse de l'alcool. Guérison en 3 semaines. — M. Alb. MIQUET lit l'observation au nom du Dr Barbary (de Nice).

M. DIGNAT. Le purpura n'est qu'un symptôme (infections, cirrhoses hépatiques, cachexie, rhumatisme etc.). Le rhumatisme étant le plus souvent en cause chez les enfants, il donne du salicylate avec succès; chez les adultes l'ergotine fait merveille.

A. DE CRÉSANTIGNES.

MEMENTO PRATIQUE

Le buis en thérapeutique. — Depuis longtemps déjà, le buis avait été employé en thérapeutique. On l'a successivement vanté contre la syphilis, contre les dartres et le rhumatisme (Chomel), on lui a attribué des propriétés sudorifiques (Biett), narcotiques et enfin antipyrétiques. Cette dernière propriété paraît être la seule que l'on puisse lui attribuer. Cazin (plantes médicinales) a de plus démontré que la teinture de buis et le sulfate de buxine possédaient des propriétés drastiques. Comme antipyrétique, il a été employé successivement par Pavia, Casati, Bergaglia, qui le considéraient comme un succédané utile de la quinine dans le traitement des fièvres intermittentes palustres. Tout récemment, MM. Artaud de Vevey et Gadot (*Thèse Paris*) l'ont employé avec succès dans certaines formes de fièvres intermittentes d'origine hépatique. D'après ces auteurs, le buis ne serait guère indiqué que dans les affections fébriles du foie avec hyperplasies et lésions parenchymateuses, où il agirait comme cholagogue. Ses effets seraient surtout marqués contre l'ictère et la fièvre.

La meilleure préparation est la teinture de buis, que l'on administrera dans une potion gommeuse. Son goût est un peu empyreumatique comme son odeur, avec un arrière-goût de créosote assez marqué. On pourra formuler ainsi :

Teinture de buis	2 grammes
Julep gommeux.....	100 —

A prendre en quatre fois dans les vingt-quatre heures. Les doses sont de 2 à 4 grammes par jour, les doses élevées ont des propriétés drastiques très marquées, aussi il vaut mieux s'en tenir à la dose de 2 grammes ou même au-dessous, lorsqu'on combat simplement l'élément fébrile. On peut également donner de la poudre de buis à la dose de 1 ou 2 grammes, comme l'employait Bazoche (*Th. Strasbourg*), ou le sulfate de buxine préconisé par Cazin; mais la posologie de ce dernier médicament n'est pas assez bien définie pour l'employer impunément sans nouvelles recherches.

(Journal des praticiens)

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 20 juin 1896, sont nommés chevaliers : MM. les docteurs Ledé et Philbert (de Paris).

Distinctions universitaires. — Officiers de l'Instruction publique. Sont nommés MM. Grandin et Thomas, professeurs à l'École de médecine de Tours.

Officier d'académie. Est nommé M. le docteur Valen, conseiller général, président de la délégation cantonale à Orgères (Eure-et-Loir).

Hôpitaux de Paris. — M. Zuber est nommé chef de laboratoire pour le service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau. — M. Méry est nommé chef de laboratoire pour le service de la diphtérie aux Enfants-Malades (emplois nouveaux).

Ecole de médecine de Caen. — Le concours qui devait s'ouvrir le 9 novembre 1896, devant l'Ecole de médecine de Caen, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite Ecole, est reporté au 23 du même mois,

Ecole de médecine de Grenoble. — Il est créé à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, une chaire de bactériologie théorique et pratique.

Ecole de médecine de Limoges. — Le concours qui devait s'ouvrir le 12 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Limoges, est reporté au 16 du même mois.

Médecins sénateurs. — M. le docteur Parisot, conseiller général du Thillot, est élu sénateur des Vosges.

Congrès français de Médecine. — 2e session; Bordeaux 1895. — Le second fascicule des comptes rendus vient d'être distribué. Les membres du Congrès qui n'auraient pas reçu ce volume sont priés de vouloir bien en informer le plus tôt possible M. le professeur Arnozan, secrétaire général du Congrès (27, pavé des Chartrons, Bordeaux).

Médaille de Blandin. — M. Blandin, fils du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, vient de faire don au Musée Carnavalet d'une double médaille en bronze de son père. Cette médaille a été gravée par Cusco, le chirurgien des hôpitaux de Paris.

Avis. — Un docteur en médecine de Paris, âgé de 60 ans, désirerait trouver un emploi dans une maison de santé. S'adresser aux bureaux du journal.

La mortalité à Paris. — Pendant la 25e semaine du 14 au 20 juin 1896 le service de la statistique a compté 869 décès au lieu de 844 pendant la précédente semaine et de la moyenne 924.

Les maladies épidémiques continuent à être rares (36 au lieu de 38 et de la moyenne 70), la fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 1 et de la moyenne 9, la rougeole 13 décès au lieu de 16 et de la moyenne 32, la scarlatine 3 au lieu de 6 et de la moyenne 5, la coqueluche 5 au lieu de 4 et de la moyenne 8, la diphtérie 7 au lieu de 8 et de la moyenne 13.

Il n'y a pas eu de décès par typhus.

On a signalé 3 décès par influenza et 1 décès par variole (moyenne 3).

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 55 décès au-dessous de 1 an au lieu de 31 et de la moyenne 67.

En outre 34 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 80 décès (au lieu de 76 pendant la semaine précédente et au lieu de 99, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès (au lieu de la moyenne de 13); bronchite chronique, 14 décès (au lieu de la moyenne 21); bronchopneumonie, 26 décès (au lieu de la moyenne 32); pneumonie 33 décès chiffre identique à la moyenne. Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 37 décès dont 18 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 156 décès au lieu de la moyenne 181; la méningite tuberculeuse, 24 décès; la méningite simple, 34; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 32 décès; l'apoplexie, la paralysie, le ramollissement cérébral, 46 décès, et les maladies organiques du cœur, 37; le cancer a fait périr 50 personnes. Enfin, 31 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 17 suicides et 11 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 497 mariages.

On a enregistré la naissance de 1070 enfants vivants, 550 garçons et 520 filles, dont 763 légitimes et 307 illégitimes. Parmi ces derniers, 42 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 330 enfants, dont 16 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 81 seront nourris au sein et 249 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 102 morts-nés, dont 59 légitimes et 43 illégitimes.

Nécrologie. — Le Dr Girode, médecin des hôpitaux de Paris, décédé le 9 juin dans le Jura, son pays natal. — Dr Secourgeon (Alexis), médecin militaire en retraite, officier de la Légion d'honneur, préfet du Var au 4 septembre 1870, décédé à Toulon à l'âge de 88 ans. — Le Dr P. Berthiaume de Montréal, Canada, décédé le 4 mai à l'âge de 21 ans. — Le Dr Flammarion, conseiller général à Nogent-le-Roi (Haute-Marne), reçu en 1869. — Le Dr Leloir (Henri), ancien interne des hôpitaux de Paris (1877), professeur de dermatologie à la Faculté de médecine de Lille, correspondant de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, le 18 juin, à l'âge de 41 ans. — Le Dr Laurent-Préfontaine, décédé à Mortagne à l'âge de 68 ans. — Le Dr Gabriel Colin, ancien professeur de physiologie à l'école vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de médecine, décédé à Mollans (Haute-Saône) le 22 juin, à l'âge de 71 ans. M. Colin avait été l'un des plus redoutables adversaires des théories pastoriennes; depuis quelques années il s'était retiré à Mollans d'où il continuait cependant à envoyer de temps à autre quelque communication à l'Académie.

VIN ARQUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevalereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.